
Accidente/Trastornos

Traumatismos* Fecha _____

Congelaciones* Fecha _____

Mal de las alturas ¿A partir de qué altitud? _____

Manifestación del 1er estadio:

Piernas Acorchadas

Fatiga Anormal

Pérdida de Apetito

Dolor de Cabeza

Ligeras Náuseas

Hinchazón de Cara

Tobillos Hinchados

Insomnio

Agotamiento Excesivo al Esfuerzo

Disminución del volumen de orina

Manifestación del 2do estadio:

Trastornos de Comportamiento

Indecisión

Torpeza

Trastornos de Equilibrio

Náuseas Acentuadas

Vómitos

Tos

Agotamiento Crónico

Esputos Espumosos

Dolor de Cabeza Continuo (Resistente a la Aspirina)

Manifestación del 3er estadio:

Coma

Asfixia

Si sufrió alguna de estas manifestaciones, indicar la frecuencia y las fechas _____

Cualquier otra patología unida a la altura: ¿Cuál? _____

Fecha: _____

*Secuelas _____

Informaciones Adicionales

Indicar otras Informaciones y cualquier detalle que la Compañía deba conocer fijar las condiciones del riesgo de "Montañismo"

Nota: Si en el futuro Vd. practica un deporte de montaña en otras condiciones distintas de las declaradas, solo estará cubierto si le han sido fijadas nuevas condiciones de tarificación.

El abajo firmante declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley sobre Contrato del Seguro.

Lugar, Fecha

Firma